

退 会 届

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|----|--|---|---|----------|---------|
| | | 西曆 | | 年 | 月 | 日 | |
| ふりがな | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 |  | | | | | 西曆 年 月 日 | |
| 県会員番号 | | | | | | 職種 | 保・助・看・准 |
| 所属施設名 | | | | | | | |
| 所属施設住所 (個人会員の場合 は自宅住所) | 〒 | | | | | | |
| | TEL | | | | | | |
| 退会希望日 | 西曆 年 月 日付 注) 1 年度途中の退会でも会費等の割り戻しは致しません。 2 次年度の継続をしない場合は、次年度の西曆△△年4月1日と ご記入ください。 | | | | | | |
| 会員証添付 | あり ・ なし(紛失) | | | | | | |
| 退会理由 | 1. 退職のため 2. 産・育休のため 3. 県外転居のため 4. その他 () | | | | | | |

- ※ 記載の個人情報は退会手続きのみに取扱いさせていただきます。
- ※ 会員証を添えて新潟県看護協会へ郵送してください。(FAX 不可)

【注意事項】

- ※ 施設を退職後、次の勤務先が決まっている、もしくは個人会員希望の場合はこの様式の提出は不要です。「会員データ変更届」をご提出ください。
- ※ 会費納入方法が口座振替の場合、毎年2月27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)に次年度の年会費が引落しされますので、12月20日までに必ず郵送してください。
- ※ 翌年度の会費納入後、本退会届を3月31日(消印有効)までに新潟県看護協会にて受付けた場合に限り、**振込手数料を差し引いて返金**とさせていただきます。
4月1日以降の消印の場合、すでに納入済みの会費は返金できません。

送付先
〒951-8133 新潟市中央区川岸町 2-11
公益社団法人新潟県看護協会 会員登録係 宛
TEL: 025-265-1225